BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321006166001
VALOR TOTAL:	3.037,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 03526
CONTA: 000000056273

Número da Autenticação
462106487BEB8DA8

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210061660 **Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**

Data do Acidente: 26/10/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Recebedor: **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**
Valor: **R$ 3.037,50**
Banco: **001**
Agência: **000003526-2**
Conta: **0000056273-4**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Traumatismo abdominal com explosão do baço.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu trauma abdominal com dor intensa e dor com limitação em ombro esquerdo, após exames foi diagnosticado a fratura da clavícula esquerda e após tomografia do abdômen foi evidenciada hemorragia, sendo levado ao bloco cirúrgico onde foi submetido a laparotomia exploradora, sendo observado uma explosão do baço, sendo necessário realizar a esplenectomia total. Evoluindo bem, tendo alta hospitalar. Posteriormente necessária nova internação, para realização de tratamento cirúrgico com osteossíntese da clavícula esquerda. Hoje apresenta ombro esquerdo com cicatriz de cirurgia e com alterações nos movimentos do ombro esquerdo. Abdômen apresenta cicatriz de laparotomia sem sinais flogísticos, sem dor a palpação em todo abdômen, sem hérnias, percussão sem alteração, sem visceromegalias.

Sequelas permanentes: Esplenectomia. Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO OMBRO ESQUERDO E PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

Documentos complementares:

Observações: NOTA DO REVISOR: como não há o enquadramento de esplenectomia no avatar, o examinador foi orientado a enquadrar como estruturas abdominais. Com base na descrição do laudo, o revisor altera o enquadramento para perda integral do baço (esplenectomia).

NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO OMBRO ESQUERDO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO OMBRO ESQUERDO E PERDA INTEGRAL DO BAÇO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00004721/2021

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2021 16:27:48 Data/Hora Fim: 11/01/2021 16:56:03
Delegado da Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 2º Distrito Policial de Mossoró

Data/Hora do Fato: 26/10/2020 20:00

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Bairro: Doze Anos
Logradouro: Rua Benjamin Constant Nº: 71
CEP: 59.603-080

Ponto de Referência: próximo ao cantinho peças
Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 02/11/1995 Idade 25
Profissão: Frentista
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Caraúbas - RN
Nome da Mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA Nome do Pai: MARCOS AURELIO MAIA

Documento(s)

RG: 002933437
CPF: 016.664.374-25

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: ANTONIO CIRILINO Nº: 21
Bairro: Abolição CEP: 59.619-830
Telefone: (84) 9465-5818 (Celular)

Nome Civil: SAMARA PAMELLA FERREIRA DE OLIVEIRA (COMUNICANTE , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 11/05/1994 Idade 26
Profissão: Cozinheiro
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Mossoró - RN
Nome da Mãe: Eva Wilma Ferreira do Oliveira Nome do Pai: Sandro Martins de Oliveira

Documento(s)

CPF: 106.698.424-78

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: R Benjamin Constant Nº: 1056

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00004721/2021

Bairro: Boa Vista CEP: 59.605-080
Telefone: (84) 99184-0277 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 016.664.374-25
Placa MYI0224
Renavam 00826330711
Número do Motor KC08E14031726
Número do Chassi 9C2KC08104R031726
Ano/Modelo Fabricação 2004/2004
Cor VERDE
UF Veículo RN
Município Veículo Caraúbas
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 25/06/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que estava conduzindo sua motocicleta, onde o qual a vítima Samara Pamella estava na garupa da moto. Que seguiam na rua Benjamin Constant, quando cruzou a avenida Frei Miguelinho, quando um carro colidiu na lateral da moto; Com a colisão os comunicante foram arremessados da moto; Que foram socorridos pelo SAMU e depois encaminhado ao Hospital Regional Tercisio Maia. nada mais disse.

ASSINATURAS

José Josué Costa Faustino
Agente de Polícia
Matrícula 207.338-2
Responsável pelo Atendimento

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e cliente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

SESAP/RN - HOSPITAL REG. TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº **18445 /2020**

Admissão: **26/10/2020 20:40:28**

215702

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente:67500 - PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (24 a 11 m 24 d)
Nascimento: 02/11/1995 Natural: CARAUBAS,BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
CNS: 700007651148902 CPF: 01666437425 Prof:
Mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA Pai: MARCOS AURELIO MAIA
Logradouro: HERCULANO COUTO, 6
CEP: 59621060 Bairro: BARROCAS Cidade: MOSSORO
Telefone:84.987746054 Compl:

Documentacao medico - hospitalar

Motivo(alegado pelo paciente): COLISAO - MOTOQUEIRO **Tipo:** REGULADO
Origem: SAMU RN *Empresa:

OBS:					Classificação: 26/10/2020 20:36:51				PESO:
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C. / Pulso	TEMP.	Glasgow	RTS
	130 80		98		17	99			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM CAPACETE, ENCONTRA-SE COM HALITO ALCOOLICO, REFERE DOR TORACICA
Dt e Hora: 08/53
Paciente vítima de colisão, motorista, com dor torácica e em ombro esquerdo, sem perda de consciência e com dois episódios de vômito. Sem abdominal significativa.
A: Vias aéreas livres
B: MV ⊕ em ambos hemitórax
C: hemodinamicamente instável, FC 86, PA = 10x6
D: Glasgow 15, funções neurológicas preservadas
E: Escoriações.

Diagn. Inicial: Politraumatizado **Assin:**

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORÁRIO	ASSINT.
(1) Dieta zero 7 29 102 min			
(2) R 1 — 1500 ml			
(3) Dipirona 2 ampolas			
(4) Tramadol 4 ampolas			
(5) Parecer ortopedia			
(6) Parecer da Neurocirurgia			

Dr. Valdemir S. Ferreira Cirurgião Oncológico CRM 10.674-69 CRM/RN

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA ESTA CONFORME O ORIGINAL SAMU MOSSORÓ 26/10/20 SAME/ARQUIVO MATRÍCULA Nº 166224

***SAÍDA:** ( ) Decisão médica ( ) Transferido ( ) Evasão ( ) Óbito (X) Interna: *(Preencher CID, PROC)*

CID_____ **Proc.**_____ **Data:**___/___/20. **Hr:**___:___ **Médico:** _____
(Assinar e Carimbar)

*Gerado via SX por MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA. Impresso em 26 de Outubro de 2020.

Laparotomia Exploradora (04/07 a 01/61)

Anfepedio: 27/01/020 RC

OJ. SIU: Acidente de trab. realizado bepanofo.
mio explicadas da clavícula e. Cirptoscão —
clavícula ⊗ s(deprct.

CL: Sobre a clavícula ⊗ apitou
abaixo ⊗ apit

RJ: Fratura clavícula ⊗.

Luiz Alberto Gürgel
Ortopedia & Traumatologia
CRM 7808 TEOF 14063 RQE 2361

Prontuário: **215702**

SESAP/RN - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO RN
HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

PERMISSÃO

O abaixo assinado, autoriza aos Srs. Médicos do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia a realização de necropsia, amputações, intervenções e outros exames que se fizerem necessários ao paciente **PAULO HEITOR DA SILVA MAIA** (Fia: **5034/2020**), CPF:**01666437425**.

Declaro, outrossim, que não houve pressão pelos médicos, assistentes sociais ou quaisquer outros funcionários deste hospital para obtenção da autorização, que é dada por livre e espontânea vontade.

Mossoró/RN, 26 de Outubro de 2020.

Francisca Menezes da Silva
Paciente ou responsável

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - H.R.T.M.
DATA 02/11/20
Maria Jacqueliana Lacerda Soares
Estagiária de Enfermagem
Universidade Potiguar - UnP

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/11/20
SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166 2724

CCIH - HRTM
DATA 03/11/2020
Assinatura

HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA

Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: **5034 /2020** | Prontuário: **215702**

Paciente: **67500 - PAULO HEITOR DA SILVA MAIA**
Cartão SUS:700007651148902 CPF: 01666437425 Dt Nasc: 02/11/1995
Idade: 24 anos 11 meses 24 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA
Nome do pai: MARCOS AURELIO MAIA
Rua/Av: HERCULANO COUTO N°:6
Complemento: Bairro: BARROCAS
CEP: 59621060 Cidade: MOSSORO
Telefone: 84 987746054 84 987746054
Especialidade: CLINICA CIRURGICA Unidade: OBS MASCULINA Leito:1. 23E
Responsável: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA -
Usuário: MARIA DO CARMO DE LIRA SILVA

Admissão: 26/10/2020 21:20:57	Alta:	Óbito:	Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: R10.0 - ABDOME AGUDO
407040161 -

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/11/20
SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166224

MOSSORO, 26 de Outubro de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
2 - CNES: 2503689
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSP REG TARCISIO DE VASCONCELOS MAIA
4 - CNES: 2503689

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA (8 - 5034/2020)
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 215702
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700007651148902
8 - DATA DE NASCIMENTO: 02/11/1995
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - RAÇA/COR: PARDA
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: MARIA NOELMA DA SILVA MAIA
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 — Nº DO TELEFONE 987746054
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 84 — Nº DO TELEFONE 987746054
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): HERCULANO COUTO, 6 - BARROCAS
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MOSSORO
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 240800
18 - UF: RN
19 - CEP: 59621060

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente vítima de abdomes agudo. Negado demais
Relata dores em abdômen e dor abdominal
TRG ABD: Líquido livre

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO:
Tratamento Cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS):
Anamnese + Exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: ABDOME AGUDO
24 - CID 10 PRINCIPAL: ~~R10.0~~
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: S36.0
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.: V29.9

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/11/20
SAMG/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166224

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 40704016 / 0407030123
29 - CLÍNICA: CIR
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: 02307067469
33 - NOME DO PROF. SOLICITANTE / ASSISTENTE: VALDEMIR DA SILVA FERREIRA
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/2020
DR. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): Cirurgião Geral CRM 4-69

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
38 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA:
40 - Nº DO BILHETE:
41 - SÉRIE:
42 - CNPJ EMPRESA:
43 - CNAE DA EMPRESA:
44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADOR: LIGINEY LINO DE OLIVEIRA
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: (X) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 980016001835565
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
51 - ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):
52 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

FOLHA 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

4 - CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: Paulo Fernandes Silva Maia

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

9 - SEXO: MASC [1] FEM [2]

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: Laparotomia Exploradora

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: Esplenectomia

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Abscesso Hepático Hemorragico

26 - CID 10 PRINCIPAL:

27 - CID 10 SECUNDÁRIO:

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - PRINCIPAL:

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

- [ ] DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO I
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO II
- [ ] DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTD.:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTD.:

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

40 - QTD.:

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Dificuldade transoperatório, abertas lesões

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 07/11/20
SAMEJARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166274

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: VALDEMIR DA SILVA FERREIRA

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06/10/20

44 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Valdemir da Silva Ferreira Cirurgião Geral e Oncologia CRM-RN 7624-9

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

50 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Paulo Henrique José da Maria Reg Nº

Diagnóstico pré-operatório: Abdome Agudo Hemorrágico

Indicação terapêutica: Esplenectomia

INTERVENÇÃO

Início: Fim: Duração:

Operador: Valdemiro

1ª Auxiliar: Reginaldo

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: João Marcelo

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 09/11/23
SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166 2724

Dr. Valdemiro S. Ferreira
Cirurgião Ginecologico
CPF: 0[illegible]21-69
CRM: [illegible]14/RN

INTERVENÇÃO

Via de acesso - Incisão - Aspecto nos órgãos e lesões encontradas - Técnicas empregadas e descrição dos processos - ligadura e suturas empregadas - Drenagem - Curativos - Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Potencial de Contaminação

( ) Limpa ( ) Pot. Contaminada ( ) Contaminada (X) Infectada

(1) Paciente em DDH/anestesia geral
(2) Anemia e anemia
(3) Marcas na pele pregressa x/ laparotomia
(4) Inversão; grande quantidade de sangue na cavidade devido a lesão
(5) Esplenectomia
(6) Hemostasia e inspeção da cavidade
(7) Rafia da aponevrose e pele c/ vicryl e nylon 20

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

DÉBITO CIRÚRGICO

Nome do paciente: Paulo Heitor da Silva Nº do Pront.:
Cirurgia: Esplenectomia Data: 26/10/20
Cirurgião: Dr. Valdemir Auxiliar: Reginaldo Instrumentadora: Aldezia
Anestesista: Dr. João Marcelo Anestesia: Geral
Início da Cirurgia: 21:50 Término: 22:45

MATERIAL USADO	QUANTIDADE
* COMPRESSAS	40 unid.
* GASES	05 pctos.
* ESPARADRAPO	50 cm
* COMPRESSAS	
* LÂMINA DE BISTURI Nº 24	02 unid.
* LUVAS 8, 0, 7.5, 7.0	08 unid.
* EQUIPO PARA SORO	
* S CALPS Nº	
* JELCOS	
* CATETER PARA SUBCLAVIA	
* SERINGAS DE 01 ML	
* SERINGAS DE 03 ML	
* SERINGAS DE 05 ML	02 unid.
* SERINGAS DE 10 ML	02 unid.
* SERINGAS DE 20 ML	02 unid.
* AGULHAS DESCARTÁVEIS	
* SONDA ENDOTRAQUEAL Nº 7.0	02 unid.
* TRAQUEOSTOMO	
* SONDA URETRAL Nº 10	02 unid.
* SONDA FOLEY Nº	
* SONDA NASOGÁSTRICA Nº	
* CATETER PARA 02	
* SONDA PARA ASPIRAÇÃO Nº	
* COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	02 unid.
* BOLSA DE COLESTOMIA	
* DRENO DE PENROSE Nº	
* DRENO DE TORAX Nº	
* ATADURA GESSADA	
* FAIXA DE CREPOM	
* ALGODÃO ORTOPÉDICO	
* CATGUT CROMADO	
* ~~CATGUT SIMPLES~~ Vicryl 1.0 cm	
* FIO DE ALGODÃO 0.0 cm, 0.5 cm	
* MONONYLON 2.0 cm, 4.0 cm	
* OUTROS FIOS Prolene 3.0 cm	
* USO DO BISTURI ELÉTRICO	Sim
* USO DE OXIGÊNIO	Sem
* SOLUÇÃO DE PVPI ALCOÓLICA	
* SOLUÇÃO DE PVPI DEGERMANTE	100 ml
* SOLUÇÃO DE PVPI TÓPICO	
* SOLUÇÃO DE ÉTER	
* SOLUÇÃO DE ÁGUA OXIGENADA	
* SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	
* SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO	
* SOLUÇÃO DE RINGER SIMPLES	
* ~~MANITOL~~ Eletrodos	05 unid.
* XILOCAINA A 2%	
* ~~ABD~~ Gorro/ máscara	06 unid. de cada

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/11/20
SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 166.224

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Paulo Heitor da Silva **Leito:**

DATA	EVOLUÇÃO
04/11/2020	# Fratura clavícula E
	Paciente BEG sem queixas. MV ha
	MSE normal.
	CD= Indicado consolidação + encaminhamento ambulatorial + alta hospitalar

PRESCRIÇÃO

Data	Prescrição	Via	ENFERMAGEM HORÁRIO	ENFERMAGEM ASSINATURA
	Alta hospitalar			

Fabiano Danies de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
TEOT: 15176
CRMRN: 6872

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ RN
SAME/HRTM
MATRÍCULA Nº 1662224

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

Paciente [illegible] Sexo [M] [F] Idade [illegible] Prontuário Nº _____

Estado Físico [X] 2 3 4 5 [ ] EL [ ] Ur [X] Em

Diagnóstico Pré-Operatório [illegible] Cirurgia Proposta [illegible]

Diagnóstico Pós-Operatório [illegible] Cirurgia Realizada [illegible]

Cirurgião [illegible] Auxiliares [illegible]

Anestesiologia [illegible] Enfermeira _____

HISTÓRIA CLÍNICA

D. Neurológica [ ] Convulsão [ ] D. Respiratória [ ] Fumo [ ]
Alergias [ ] D. Cardíaca [ ] Hipertensão [ ] D. Hepática [ ] D. Renal [ ]
Diabetes [ ] Alcoolismo [ ] Câncer [ ] Sangramentos [ ] Medicamentos [ ]
Uso de Drogas [ ] Cirurgia [ ] Prévia [ ] Transf.Sanguínea Prévia [ ] Anestesia Prévia [ ]
Local [ ] Bloqueio Espinhal [ ] Plexo Braquial [ ] Geral [ ]

Outros dados [illegible]

EXAME FÍSICO Peso (Kg) [ ] Temperatura (°C) [ ] Pressão Arterial (mmHg) [illegible] x [illegible]
Estatura (cm) [ ] Frequência Respiratória (IPM) [ ] Frequência cardíaca [illegible]
Broncoespasmo [ ] Sopro Cardíaco [ ] Arritmias [ ] Veias Acessíveis [ ]
Permeabilidade Vias Aéreas [ ] Coluna c/ Deformidades [ ] Local punção infectado [ ] Prótese [ ]
Cor Corado [ ] Pálido [ ] Ictérico [ ] Cianótico [ ]
Paresias [ ] Paralisias [ ] Área Queimada [ ] Gestação [ ]
Meses. Outros Dados _____

EXAME LABORATORIAIS Classificação ABO e Rh [ ] Leucograma [ ] Hematrócito [ ]
ECG [ ] Risco Cirúrgico [ ] Rx Tórax [ ] TGO [ ] Uréia [ ]
Creatinina [ ] Bilirrubinas [ ] Fosfatase Alcalina [ ] Amilase [ ] Proteínas [ ]
Glicemia [ ] Ultrassonografia [ ] Tomografia [ ] Cateterismo cardíaco [ ]
Valores Alterados ou relevantes/Outros Exames _____

Pré-Anestésico Efeito Satisfatório [ ] Regular [ ] Nenhum [X]
Técnica Anestésica indicada [illegible]
Outros Comentários importantes [illegible]

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

HORA E DATA DE ADMISSÃO _____ HORA E DATA DE SAÍDA _____

Atividade										
Respiração										
Circulação										
Consciência										
Cor										

	ATIVIDADE	RESPIRAÇÃO	CIRCULAÇÃO	CONSCIÊNCIA	COR
	s/ mov. membros	Apnéia, obstrução	P. A. Variando + 50%	Não responde	Cianótico
	mov. 02 membros	Dispnéia, obst. Par.	P. A. Var. 20-50%	Responde a Chamadas	Pálido, ictérico
	mov. 04 membros	Respira bem, tosse	P.A. Estável + 20%	Acordado	Corado

COMPLICAÇÕES

Laringoespasmo [ ] Cianose [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Ret. Urinária [ ] Hipertensão [ ]
Hipertensão [ ] Arritmias [ ] Dor [ ] Dif. respiratório [ ] Sangramento [ ] Cefaléia [ ]
Parada cardíaca [ ] Óbito _____ Outros _____

Alta da sala de recuperação

Para enfermaria [ ] Alta Hospitalar [ ] Transferência [ ] UTI [ ] Óbito [ ]

Anestesiologista _____

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 05/11/22

RESUMO

Paciente _____ Idade _____ Estado Físico _____
História D. Atual _____
Cirurgia _____ Cirurgião _____
Anestesia _____ Anestesiologista _____

SAME/ARQUIVO
MATRÍCULA Nº 126224

Data 26 / 09 / 2000 Anestesiologista

TÉCNICA ANESTÉSICA

Geral [X] Raquianestesia [ ] Peridural [ ] Peixo Braquial [ ] Bier [ ] Local [ ] Nervo Periférico [ ]

Outra

Geral Endovenosa [ ] Inalatória [ ] Balanceada [X] Associada a Bloqueio [ ] Bloqueio Espinhal [ ]

Catéter [ ] Nível de Punção [ ] Agulha nº [ ] Posição [I S] Nível de Bloqueio [ ]

Bloqueio P. Braquial Interescalênico [ ] Axiliar [ ] Kulemkampf [ ] Lado [D I E]

Bier/Bloqueio N. Periférico

Sistema de Anestesia Circular [ ] Bain [ ] Baraka [ ] Rubem [ ] Outro

Intubação Fácil [X] Difícil [ ] Sonda nº [ ] Orotraqueal [X] Nasotraqueal [ ] Fluxo sob máscara [ ]

Traqueostomia [ ] Outro

Ventilação Controlada [ ] Assistida [ ] Espontânea [ ] Manual [ ] Ventilação Mecânica [X]

Volume corrente (ml) [ ] Ciclos por minuto [ ]

Outras anotações importantes

	Anestesia	Cirurgia
Final	23:25	
Início	21:50	
Total		

Oxigênio	
N_2O	
Hipnótico	
Narcótico	
Rel. Muscular	
Anest. Local	
Atropina	
Prostigme	
Hidratação	
Sangue	

Hora	Agente	Dose
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

Anestesia × Cirurgia	200
	180
	160
⊙ Pulso	140
	120
Respiração	100
○	80
P. A. Sist. V	60
P. A. Diast.	40
Garrote G	20

Temperatura

Posição DDH [X] DVH [ ] DLE [ ] LITOMIA [ ] Renal [ ] Sentado [ ]

Monitores P. A. [X] Estetoscópio [ ] ECG [X] Est. Nervo Periférico [ ]

Oximetro [X] PVC [ ] PAM [ ] Outros

Sangramento (mls) [ ] Diurese (mls) [ ]

Outras Informações

Complicações Hipotensão [ ] Choque [ ] Hipertensão [ ] Náuseas [ ]

Vômitos [ ] Convulsão [ ] Laringoespasmo [ ] Laringoespasmo [ ] Oligúria [ ]

Hipoxemia [ ] Cianose [ ] Arritmias [ ] Desconexões do Sistema [ ]

Parada Cardíaca [ ] Óbito [ ] Outros

Extubação Em Plano [ ] c/ reflexo [ ] Acordado [X]

Total do Soro [ ] mls Total do Sangue [ ] mls

Encaminhamento SRPA [X] UTI [ ] Alta [ ] Transferência [ ] Óbito [ ]

Anestesiologista CRM [ ]

Dr. João Marcelo B. P. Duarte
Médico Anestesiologista
CRM/PR 9527
Anestesiologia
TEGBA 130872

700007651148902 9867-2669

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: E. E. E. Carvalho Município: Mossoró

Paciente: Paulo Heitor da Silva Maia 02-11-95

Endereço: Antonio Cirilino 21 Abel II

Idade: 25 Sexo: M ( ) F ( ) Ocupação: _____

Nome do Responsável: Maria Neolma da Silva Maia

Resumo Clínico: (fratura de clavícula E) / Esparadrapo

OBS: Paciente com fratura de clavícula a ser avaliação ortopedia

Resultado de Exames: _____

Tratamento já realizado _____

Impressão diagnóstica: Esparadrapo

PROFISSIONAL

Gleide Maria Barbosa Médica CRM-RN 4365 CPF 370.038.107-78

04/11/20

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Cirurgião Geral

Consulta marcada para a unidade: _____ Município: _____

Para o Dr.: _____ às _____ Horas do dia ___/___/___

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referênciada: _____ Município _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

PROFISSIONAL

___/___/___

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)

Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº do Cadastro / Prontuário _____

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____

Paciente: Paulo Heitor da Silva Maia

Endereço: _____

Idade: _____ Sexo: M ( ) F ( ) Ocupação: _____

Nome do Responsável: _____

Resumo Clínico: Pcd com fratura com desvio de clavícula (D)

Resultado de Exames: Ausente de ostiosíntese

Tratamento já realizado _____

Impressão diagnóstica: Cirurgia com brevidade

Dr. Rodrigo Vales Barreto
Ortopedia e Traumatologia
Cir. do Ombro
CRM-RN 11724 TEOT

PROFISSIONAL

12/11/2020

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: CIRURGIA ORTOPEDICA SUS

Consulta marcada para a unidade: _____ Município: MOSSORÓ

Para o Dr.: _____ às _____ Horas do dia ___/___/___

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referênciada: _____ Município _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico: _____

Resultado de Exames Realizados: _____

Diagnóstico: _____

Conduta: _____

Observações: _____

_____ PROFISSIONAL

___/___/___ DATA

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)

Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____

700 007 651 148 902 Fone: 9867-2669

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03/11/20

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MOSSORÓ
UBS ENFº CONCHITA DA ESCOSSIA CIARLINE
RUA: DELFIM MOREIRA, S/N ABOL II

Nº do Cadastro / Prontuário _____

Chave: 77677

FICHA DE REFERÊNCIA

OK 06/11/20

Unidade de Origem: E. E. E. Pereira Municipio: mossoró

Paciente: Paulo Heitor da Silva Moura 02-11-95

Endereço: Antonio Pereira 21 Abol II

Idade: 25 Sexo: M (X) F ( ) Ocupação:

Nome do Responsável: Maria Neelmer da Silva Moura

Resumo Clínico: Fratura de clavícula

obs: Paciente esplenectomizado em 26/10.

Resultado de Exames:

Tratamento já realizado

Impressão diagnóstica: Fratura de clavícula

Maria Barbara Medica CRM 4365 CPF: 370.030.107-78

PROFISSIONAL

04/11/2020

DATA

AGENDADO

Encaminhamento para a especialidade: Traumatologia

Consulta marcada para a unidade: PAM Município:

Para o Dr.: Rodrigo Jales às 7:00 Horas do dia 12/11/20

348 3546 79

FICHA CONTRA REFERÊNCIA

Unidade Referênciada: _____ Município _____

PACIENTE: _____ Prontuário: _____

ATENÇÃO PRESTADA

Resumo Clínico:

Resultado de Exames Realizados:

Diagnóstico:

Conduta:

Observações:

PROFISSIONAL

___/___/___

DATA

Garantida a continuidade da assistência integral do paciente (Prontuário Nº _____)

Oriente-o para retornar a Unidade de Origem: _____ Município: _____

SUS — SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE — MINISTÉRIO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE — 2 - CNES

3 - NOME DO GESTOR — 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Paulo Thiago de Sá Maia — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 8 - DATA DE NASCIMENTO: / / — 9 - SEXO: Masc. [ ] Fem. [ ]

10 - NOME DA MÃE (OU RESPONSÁVEL) — 11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD — Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO, CEP) — 13 - COD. IBGE MUNICÍPIO — 14 - UF — 15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma em Clavícula Ⓓ

Rx - Fratura Terço Médio Clavícula Ⓓ

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade Cirurgia

18 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Clínica e Radiologia

19 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Clavícula Ⓓ — 20 - CID 10 PRINCIPAL: S42.0 — 21 - CID 10 SECUNDÁRIO — 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cir. Fratura Clavícula Ⓓ — 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: - 04.08.01.015-0

25 - CLÍNICA: Clínica Ortopedia — 26 - CAPACIDADE DE INTERNAÇÃO: Urgência — 27 - OCORRÊNCIA: [ ] CNS [X] CIR — 28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 9 1 5 1 7 2 1 1 2 6 5 1 8 7 — 29 - ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Guilherme Garcia Algeria, Ortopedia e Traumatologia, CRM/RN 8187 TEOT 13541 — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/11/21 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: Dr. Guilherme Garcia Algeria, Ortopedia e Traumatologia, CRM/RN 8187 TEOT 13541

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [ ] ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - [ ] ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CODIGO DA SEGURADORA — 37 - Nº DO BILHETE — 38 - SÉRIE

39 - EMPRESA VÍTIMA — 40 - CNPJ DA EMPRESA — 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: [ ] EMPREGADO [ ] EMPREGADOR [ ] AUTÔNOMO [ ] DESEMPREGADO [ ] APOSENTADO [ ] NÃO SEGURADO

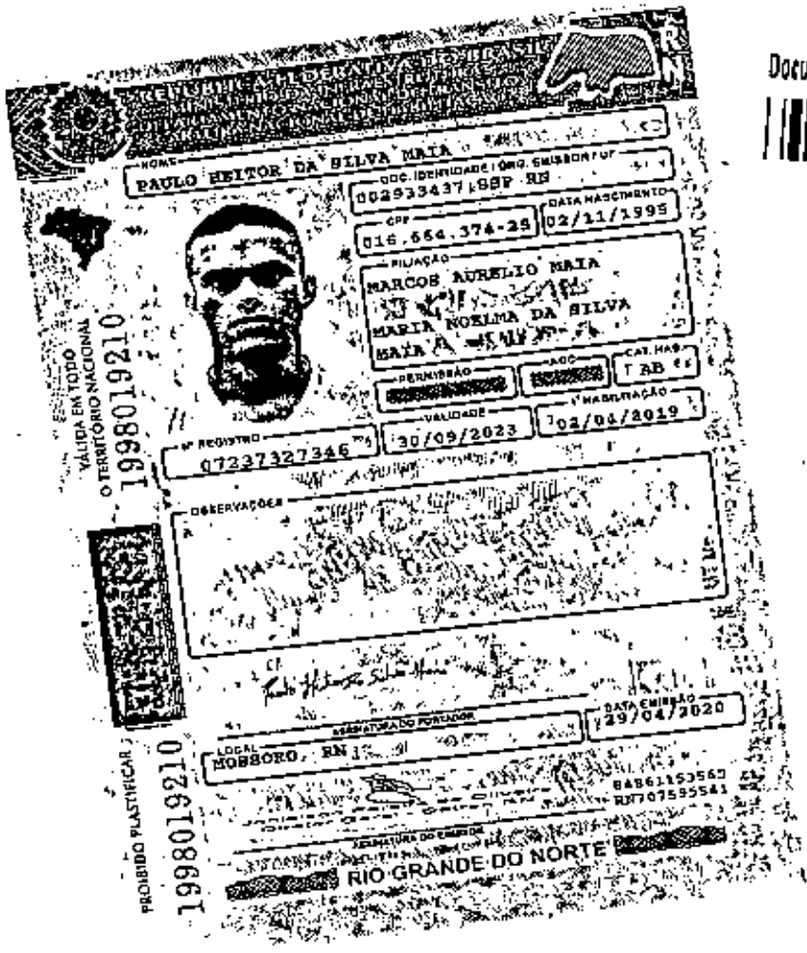
AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR — 45 - UF

46 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF — 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Documentos de identificacao



NOME
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
002933437 SSP RN

CPF
016.664.374-25

DATA NASCIMENTO
02/11/1995

FILIAÇÃO
MARCOS AURELIO MAIA
MARIA NOELMA DA SILVA MAIA

PERMISSÃO

NACIONALIDADE

CAT. HAB.
T AB

Nº REGISTRO
07237327346

VALIDADE
30/09/2023

1ª HABILITAÇÃO
02/04/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
MOSSORO, RN

DATA EMISSÃO
29/04/2020

84861153563
RN707595541

RIO GRANDE DO NORTE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

19980192 10

19980192 10

Sistema Único de Saúde

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Data Nasc.: 02/11/1995 Sexo: M

700 0076 5114 8902

SUS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Traumatismo abdominal com explosão do baço.

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura abdominal apresenta ausência de herniação, pulsações arteriais e peristalse não identificáveis à inspeção, ausência de dor à palpação de região abdominal, ausencia de sonda. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 35°, abdução aos 50°, adução aos 30°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima de acidente de moto onde sofreu trauma abdominal com dor intensa e dor com limitação em ombro esquerdo, após exames foi diagnosticado a fratura da clavícula esquerda e após tomografia do abdômen foi evidenciada hemorragia, sendo levado ao bloco cirúrgico onde foi submetido a laparotomia exploradora, sendo observado uma explosão do baço, sendo necessário realizar a esplenectomia total. Evoluindo bem, tendo alta hospitalar. Posteriormente necessária nova internação, para realização de tratamento cirúrgico com osteossíntese da clavícula esquerda. Hoje apresenta ombro esquerdo com cicatriz de cirurgia e com alterações nos movimentos do ombro esquerdo. Abdômen apresenta cicatriz de laparotomia sem sinais flogísticos, sem dor a palpação em todo abdômen, sem hérnias, percussão sem alteração, sem visceromegalias.

Sequelas permanentes: Esplenectomia. Limitação funcional do ombro esquerdo em grau moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2021

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: como não há o enquadramento de esplenectomia no avatar, o examinador foi orientado a enquadrar como estruturas abdominais. Com base na descrição do laudo, o revisor altera o enquadramento para perda integral do baço (esplenectomia).

NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO OMBRO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**22,5 %**	**R$ 3.037,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210061660 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 26/10/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA A ESQUERDA+LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA.(P-9)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.
P-7-8-9-11-12-13-15

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO A ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO OMBRO A ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA SINISTRO 3150204725, POR DEBILIDADE MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R$ 2.531,25
		Total	**18,75 %**	**R$ 2.531,25**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054096/21

Número do Sinistro: 3210061660

Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 016.664.374-25

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA : 016.664.374-25

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/04/2021 Nome: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA CPF: 016.664.374-25	Data do cadastramento: 29/04/2021 Nome: Alexandre Tavares Belfort CPF: 024.208.707-86
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA	Alexandre Tavares Belfort

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: [X] DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) [ ] INVALIDEZ PERMANENTE [ ] MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3210061628
3 - CPF da vítima: 03666437425
4 - Nome completo da vítima: Paulo Heitor da Silva Maia

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Paulo Heitor da Silva Maia
6 - CPF: 03666437425
7 - Profissão: Frentista
8 - Endereço: Rua Antonio Cirilino
9 - Número: 21
10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Abolição II
12 - Cidade: Mossoró
13 - Estado: RN
14 - CEP: 59619630
15 - E-mail: Paulo_heitor95@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): 84994655818

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **(ANEXAR CÓPIA).**

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

[ ] RECUSO INFORMAR [ ] R$1.00 A R$1.000,00 [ ] R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
[ ] SEM RENDA [X] R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 [ ] ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: [X] BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO [ ] REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] Bradesco (237) [ ] Itaú (341)
[ ] Banco do Brasil (001) [ ] Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

[X] **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 3526 (2) CONTA: 56273 (4)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

[ ] **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: [ ] Solteiro [ ] Casado (no Civil) [ ] Divorciado [ ] Separado Judicialmente [ ] Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): [ ] Sim [ ] Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? [ ] Sim [ ] Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? [ ] Sim [ ] Não
31 - Vítima teve irmãos? [ ] Sim [ ] Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? [ ] Sim [ ] Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossoró 24 de fevereiro de 2021

Paulo Heitor Da Silva Maia
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054096/21

Vítima: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Data do acidente: 26/10/2020

CPF: 016.664.374-25

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

PAULO HEITOR DA SILVA MAIA : 016.664.374-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 19/02/2021	Data do cadastramento: 19/02/2021
Nome: PAULO HEITOR DA SILVA MAIA	Nome: Celia Magalhaes Pereira
CPF: 016.664.374-25	CPF: 128.065.837-13
PAULO HEITOR DA SILVA MAIA	Celia Magalhaes Pereira